

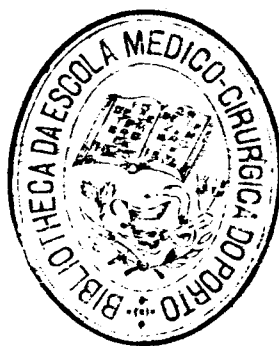
Vol. CLXVII
(1671)

Muito breves considerações sobre os

Processos cirurgicos de fixação uterina

em alguns desvios

16711 FMP



TYP. SANTOS—62, R. das Flores, 64

PORTO

GUILHERME MACHADO BRAGA

Muito breves considerações sobre os

Processos cirurgicos

DE

fixação uterina

em alguns desvios

Dissertação inaugural apresentada

à

Faculdade de Medicina do Porto

167/1 FYP

Porto -- MCMXVI

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Candido Augusto Correia de Pinho

LENTE SECRETARIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinarios e Extraordinarios

1.ª classe—Anatomia.	{ Luiz de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.ª classe—Physiologia e Histologia.	{ Vaga José d'Oliveira Lima
3.ª classe—Pharmacologia.	Vaga
4.ª classe—Medicina legal e Anatomia Pathologica.	{ Augusto Henrique d'Almeida Brandão Vaga
5.ª classe—Hygiene e Bacteriologia.	{ João Lopes da Silva Martins Junior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6.ª classe—Obstetricia e Gynecologia.	{ Candido Augusto Correia de Pinho Alvaro Teixeira Bastos
7.ª classe—Cirurgia.	{ Roberto Belarmino do Rosario Frias Carlos Alberto de Lima Antonio Joaquim de Sousa Junior
8.ª classe—Medicina.	{ José Dias d'Almeida Junior José Alfredo Mendes de Magalhães Thiago Augusto d'Almeida
Psychiatria.	Antonio de Sousa Magalhães e Lemos.

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

A faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art.º 155).

A minha Mãe

Á EXCELLENTISSIMA SENHORA

D. Graziella Monteiro d'Andrade

Alcancei o fim por Vós tão
desejado.

A minhas Avós

e

A meu Avô

O meu respeito e veneração.

A meus Tios

e

Primos

Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos e em especial a

José Manoel Vieira de Castro e Silva

Um abraço.

Ao illustre Corpo docente

da

Faculdade de Medicina do Porto

Ao meu dignissimo
presidente de these

O ILLUSTRE PROFESSOR

Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROLOGO

Apresentação d'uma these com assumpto á nossa escolha e sua defesa perante um jury que a classifica, eis as condições sem as quaes ninguem pode exercer livremente a clinica civil.

Resolvi fazer na minha dissertação inaugural algumas breves considerações sobre os processos chirurgicos de fixação uterina, fazendo-o porem sómente para aquelles desvios que mais vulgarmente nos apparecem na clinica, por serem ao mesmo tempo aquelles que mais graves e maiores perturbações produzem no organismo da mulher.

Limitado pois assim um pouco o campo do meu assumpto, eu intitulei o meu trabalho: «Muito breves considerações sobre os processos cirurgicos de fixação uterina em alguns desvios».

A ideia d'este trabalho, foi-me suggerida por uma operação feita por o Snr. Prof. Teixeira Bastos, na sua clinica Gynecologica no Hospital Geral de Santo Antonio, no decorrer do anno lectivo de 1914-1915, e o brilhante resultado immediato por elle obtido com tal intervenção.

Permitta-me Sua Excellencia que eu deixe aqui gravado o meu reconhecimento pela boa disposição com que sempre me attendeu, e pelas deferencias que sempre teve para comigo.

Egualmente algumas operações d'este genero tive occasião de observar na Enfermaria n.º 9 de Cirurgia do mesmo Hospital Geral de Santo Antonio, não só durante o anno em que ahi fui alumno interno, mas tambem durante o meu quinto anno, e ás quaes assisti a convite do Excellen-tissimo Senhor Dr. Alberto Ribeiro a

quem tambem aqui deixo lavrados os meus agradecimentos.

Que o Excellentissimo jury que tiver de julgar e classificar este desesperencioso trabalho disponha de toda a sua benevolencia.

INTRODUÇÃO

Passada a primeira difficuldade com a escolha de assumpto para dissertação, apparecem novas difficuldades que embora não sejam tão grandes como a primeira, são no entanto, para quem pela primeira vez expõe uma obra a publico, serios embarços.

Assim a forma de escrever, e a orientação a dar a este trabalho, são difficuldades que creio bem, nunca mais se varrerão da minha imaginação.

Resolvi pois fazer n'esta introdução, o esqueleto do meu insignificante trabalho.

Como methodo que me não parece

mau, e para facilitar o estudo, resolvi dividil-o em cinco capitulos, assim intitulados:

- I—Utero e seus ligamentos. (Anatomia)
- II—Etiologia dos desvios.
- III—Symptomatologia.
- IV—Processos cirurgicos de fixação.
- V—Observações.

A descripção dos elementos de sustentação do utero, tem apenas importancia, para quando eu fizer a descripção dos diversos processos cirurgicos estar bem presente ao nosso espirito a forma como o utero está sustentado na cavidade pelvica, e salientar assim

as vantagens ou desvantagens dos varios processos.

Pelo que diz respeito á etiologia e á symptomatologia, tratarei primeiro os desvios anteriores e só depois os posteriores; mas dentro d'esta divisão, primeiro as versões e por fim as flexões, por serem estas a consequencia mais ou menos tardia d'aquellas.

Porem no capitulo «Processos chirurgicos», já não posso seguir a mesma orientação, para evitar repetições, pois que alguns processos são communs a todos os desvios ou pelos menos aos da mesma direcção.

CAPITULO I

Utero e seus ligamentos

(Anatomia)

Utero.—Pondo de parte n'este trabalho, a conformação, dimensões e relações do utero, eu limito-me a fazer uma rapida descripção da sua constituição anatomica, por nem sempre ella estar bem presente ao espirito de individuos, que se não dediquem ao estudo de doenças d'este órgão.

No seu estudo nós temos de considerar a existencia de trez camadas, que indo de fóra para dentro são: «a serosa, a muscular e a mucosa».

D'estas trez camadas, todas de grande importancia clinica, ha apenas uma de que vou fazer a descripção, pois é a que se prende mais com o assumpto do meu trabalho.

Refiro-me á camada muscular. É esta que dá origem ou reforço á maior parte dos ligamentos do utero.

De estudo muito difficil n'um utero vazio, é relativamente facil n'um utero gravido, pois que as suas fibras não só augmentam de volume e se affastam umas das outras, mas tambem e ainda, porque se córam levemente, prestando-se portanto muito mais á disseção.

Foi dissecando uteros gravidos, que varios anatomicos conseguiram fazer a sua descripção, e Hélie e Chenantais dividiram a camada muscular do utero em trez camadas: «a camada externa, a camada media e a camada interna».

Esta divisão da camada muscular do utero em trez camadas sobrepostas, é simplesmente para facilidade de estudo, pois que não ha um limite nitido entre cada uma d'estas diversas camadas.

Camada externa.—N'esta camada nós encontramos duas ordens de fibras, umas longitudinaes e outras transversaes.

As primeiras, formando como que uma estreita fita que abraça o' utero pelas duas faces anterior, posterior e pelo seu fundo, e que pela

sua forma, tem o nome de feixe ansiforme de H  lie, por ter sido este, o anatomico que a descobriu.

As fibras transversaes estendem-se d'um bordo ao outro do utero; d'estas, umas passam d'uma face do utero para a face opposta, as outras v  o reforçar os ligamentos redondos e os ligamentos utero ovaricos e outras ainda, v  o perder-se no meio do tecido cellular lacho sub-peritonial dos ligamentos largos.

São as fibras transversaes das faces anterior e posterior da porção supra-vaginal do collo uterino que d  o origem aos ligamentos utero vesico-pubicos e ligamentos utero-sagrados.

Camada média.—Conhecida ainda pelo nome de camada plexiforme, pela disposição muito variada que tem as suas fibras.

Esta é a mais espessa das tres camadas, constituindo só por si, metade da espessura do utero.

N'esta camada encontramos entre as malhas formadas pelo entrelaçamento das diversas fibras, os seios venosos, que são caracterisados por serem apenas formados pela camada endothelial dos vasos que lhe d  o origem.

Camada interna.—Absolutamente semelhante á camada externa, pela disposição que n'ella tomam as fibras musculares.

As fibras longitudinaes d'esta camada chegando ao fundo do utero recurvam-se e formam duas linguetas que se vão perder nas trompas, constituindo as fibras longitudinaes internas de Williams.

A esta camada e mais externamente segue-se uma outra de fibras circulares que terminam no nivel do collo, e que forma ao nivel dos cornos do utero uma serie de anneis que envolvem o orificio das trompas.

Ligamentos.—Entre os diversos elementos de sustentação do utero nós encontramos, como tendo grande importancia as diversas pregas peritoneaes, que partindo do utero se dirigem para as paredes da excavação pelvica, pregas que são reforçadas por feixes musculares e fibrosos que partindo da espessura do utero e acompanhando essas pregas peritoneaes, se vão, como acima digo, perder na espessura das partes molles que recobrem a bacia ossea.

A esses ligamentos que são symetricos parece-me se deve attribuir o maior numero de versões, e só das versões, pois que a causa das

flexões está mais localisada no proprio utero, tendo os ligamentos apenas um papel secundario.

Esses ligamentos são:

LIGAMENTOS LARGOS.

LIGAMENTOS REDONDOS.

LIGAMENTOS UTERO-SAGRADOS.

Ligamentos largos.—Ligamentos lateraes, formados á custa de dois folhetos peritoneaes, que, depois de terem forrado as faces anterior e posterior do utero, se applicam um de encontro ao outro, deixando entre si uma pequena quantidade de tecido cellulae e alguns orgãos (ligamentos redondos, trompas, lymphaticos, arterias, etc.)

Estes ligamentos dirigem-se dos bordos lateraes do utero segundo uma direcção obliqua de dentro para fóra, de cima para baixo, para a parede da excavação pelvica, dividindo-a em duas cavidades: *cavum retro-uterino* e *cavum pré-uterino*.

Como acima já disse na espessura dos ligamentos largos encontram-se varios orgãos e

entre elles trez, que para um gynecologista são de grande importancia: «os ligamentos redondos, as trompas de Fallopio e os ovarios».

O peritoneo para os revestir forma trez pares de pregas muito salientes que se chamam azas, sendo occupadas, as anteriores pelos ligamentos redondos, as medias pelas trompas, e as posteriores pelos ovarios.

Ligamentos redondos.—Occupando as azas anteriores dos ligamentos largos, estes ligamentos devem o seu nome á forma das suas partes media e terminal.

Estes ligamentos tomam origem na parte antero-lateral do utero immediatamente por baixo da origem das trompas dirigindo-se d'ahi, a principio de dentro para fóra e de traz para deante, a seguir e na sua ultima metade de fóra para dentro, e de traz para deante para se virem perder nas partes molles pré-pubicás.

No seu percurso elles atravessam successivamente a bacia, a fossa illiaca interna e por fim o canal inguinal, deixando ao atravessar este, pequenos filetes fibrosos que se vão perder nas paredes do canal e lhes servem de fixação.

Ao deixarem o orifício externo do canal inguinal elles dividem-se em um grande numero de pequenissimos feixes que vão terminar uns, na espinha e face anterior do pubis, os restantes na camada cellulo-adiposa do monte de Venús e dos grandes labios.

Ligamentos utero-sagrados.—Conhecidos ainda na anatomia pelas designações de ligamentos posteriores ou pregas de Douglas, estes ligamentos tomam nascimento adeante, na face posterior do collo do utero, um pouco abaixo do seu isthmo. D'este ponto de origem os ligamentos utero-sagrados, dirigem-se para cima e para traz e vão tomar inserção sobre as primeira, segunda e terceira vertebrae sagradas, immediatamente para dentro das articulações sacro-illiacas.

Algumas vezes, um pouco para fóra e para cima da inserção dos ligamentos utero-sagrados, apparecem uns outros ligamentos, descriptos por Huguier e que, dirigindo-se para traz e para cima, se vão inserir na quinta vertebra lombar, dando assim origem quando são independentes dos utero-sagrados, aos ligamentos utero-lombares.

De estructura semelhante á dos ligamentos largos, os ligamentos utero-sagrados são formados por duas laminas peritoneaes, tendo como elles entre si uma pequena quantidade de tecido celular, algumas fibras musculares e fibrosas.

CAPITULO II

Etiologia dos desvios

Causas variadas e muito numerosas influem nos desvios uterinos.

Anteversão.—Quatro são as principaes causas productoras das anteversões uterinas.

1.^a Modificações que se passam no utero, quando se dá um parto, seguido d'uma involução defeituosa.

2.^a Modificações que se passam no utero por sua inflammação, e que alteram tambem os diversos ligamentos suspensores por extensão do processo.

3.^a A existencia de myomas no fundo do utero ou na face anterior, fazendo com que este saia da sua posição normal, vindo collocar-se por traz do pubis.

4.^a Por ultimo, casos ha em que sómente a uma insufficiencia do apparelho ligamentoso do utero nós devemos attribuir o desvio, pois que não lhe encontramos outra causa de justificação. Parece que a estes casos deverão pertencer os desvios das grandes multiparas, pois que n'ellas a falta de resistencia dos ligamentos suspensores do utero, é notavel.

Anteflexão.—É o mais antigamente conhecido de todos os desvios uterinos, porém, como a posição normal do utero é um pouco em anteversão com ligeira anteflexão, é um tanto difficil fazer um diagnostico seguro d'este desvio.

Segundo a classificação de alguns auctores, as anteflexões podem ser primitivas ou secundarias.

Soudry das suas observações concluiu que a maior parte dos uteros estão em leve anteflexão; assim em vinte observações, indistinctamente feitas em creanças de dezoito mezes a treze annos, elle concluiu que em dezoito o utero estava em leve anteflexão.

Largas discussões se levantaram se realmente haveria anteflexões congenitas.

Schultze, depois de variados estudos feitos sobre este assumpto, affirmou, que todas as

anteflexões são adquiridas, e devidas a um defeituoso desenvolvimento do utero.

Dolérís, attribue as anteflexões a pontos de menor resistencia da parede uterina que cedem com o peso da massa intestinal, ou ainda a um desenvolvimento exaggerado do utero ao nivel do seu isthmo.

Quer as anteflexões primitivas sejam congenitas como uns querem, ou adquiridas como outros, o que é facto é que as anteflexões augmentam com a idade, e se accentuam principalmente na puberdade.

As secundarias são a maior parte das vezes devidas a uma involução defeituosa do utero, e principalmente da sua face posterior.

Ha, porém alem d'esta, uma outra causa de não menos importancia e que muitas vezes dá origem a anteflexões exaggeradas: a metrite. Esta é segundo um grande numero de gynecologistas a causa quasi constante das flexões uterinas. Dizem elles, e muito bem se comprehende que assim seja; no decorrer d'uma metrite as paredes uterinas vão perdendo a sua consistencia, vão amollecendo emfim, e o peso das visceras abdominaes actuando sobre este amollecimento produz a flexão.

Retroversão.—São em grande numero as causas citadas, como productoras das retroversões uterinas, algumas d'ellas porém, citadas apenas e sem justificação.

Assim Martin cita casos de retroversão congenita e Tillaux casos de retroversão traumática.

Porém a causa essencial, aquella que é descrita por todos os gynecologistas como productora das retroversões, é a defeituosa involução uterina. E comprehende-se facilmente como ella lhe pode dar origem. Um utero em inicio de involução, é um utero grande, sustentado por ligamentos lachos. Impellido pela bexiga e pela massa intestinal tende e muito rapidamente a ficar em retroversão.

O Dr. Emmet, entre outras das proposições que resumem os seus trabalhos, tem a seguinte que nos indica mais uma causa a que attribuir os retrodesvios, ou mais directamente a que attribuir a paragem da involução uterina. «A retroversão pode dar-se quando no decorrer d'um parto se faz uma laceração do collo do utero estendendo-se até acima da união utero-vaginal». Produz-se assim uma irritação das superficies laceradas, e a inversão dos labios

da ferida que determinam uma paragem da involução uterina.

Retroflexão.—Como a anteflexão, esta pode ser inicial ou adquirida.

A primeira é muito rara e é devida a um enfraquecimento geral da mulher.

A adquirida é a maior parte das vezes consecutiva a uma retroversão. Duas são as opiniões sobre a forma como se faz a retroflexão. Uns dizem que um utero em retroversão e inflammado perde a sua dureza propria e se flecte com o peso da massa intestinal. Outros affirmam que um utero em involução faz primeiro uma retroversão.

Porém estando ainda o utero em involução, podem os ligamentos attingir o maximo de elasticidade; ora é n'estas condicções que se pode dar uma retroflexão.

Para mim ha ainda um factor de grande importancia na etiologia dos desvios uterinos: é a multiparidade. Esta é sem duvida uma das grandes causas productoras dos desvios, deixando ainda um segundo logar á metrite.

CAPITULO III

Symptomatologia

É sómente pelo exame directo, isto é, pelo toque, que nós com toda a confiança e absoluta certeza, podemos fazer o diagnostico da especie do desvio, porquanto os symptomas que os doentes apresentam são muito semelhantes em todas as especies de desvios.

São porém muito mais incommodos os symptomas dos retrodesvios que os dos antedesvios.

Para fazer o estudo, usando sempre o methodo traçado na introdução d'este trabalho, eu vou descrever primeiro a symptomatologia das anteversões e anteflexões, e só depois tratarei das retroversões e retroflexões.

Anteversão.—A symptomatologia das anteversões assemelha-se muito á das anteflexões, e

sómente pelo exame detalhado é que se pode fazer o diagnostico differencial.

Como symptomas de primeira importancia eu colloco a difficuldade que a bexiga tem em se distender, produzindo pollakiuria, e a esterilidade.

Deveria talvez collocar estes dois factos como consequencia das anteversões que o são, no entanto é a existencia d'estes que traz a doente á consulta e é d'elles que ella se queixa.

Ao toque bimanual nós encontramos o fundo do utero, occupando o fundo de sacco anterior ou vesico-uterino, ao passo que a mão abdominal com difficuldade só encontra a face posterior do utero. Ao mesmo tempo o collo acompanhando absolutamente o deslocamento do corpo do utero colloca-se por forma que o seu vertice vae de encontro á parede posterior da vagina, difficultando assim a entrada dos espermatozoides e como consequencia a esterilidade de que muitas doentes se queixam.

Ainda esta posição do utero faz com que o vertice do seu collo vá comprimir o recto, difficultando assim a defecação, e produzindo algumas vezes as rectites que tanto incommo-

dam as suas portadoras. São ainda a maior parte das vezes estes desvios acompanhados de dôres, principalmente na ocasião das menstruações, mas menos violentas que nas ante-flexões.

Estas dores localizam-se no baixo ventre e no perineo estendendo-se pela face posterior da coxa, chegando algumas vezes até á perna e pé.

Anteflexões.—Alem da symptomatologia das anteversões, pois que aqui as doentes tambem se queixam de difficuldade de distensão vesical e esterilidade, alem d'estes symptomas dizia eu, as doentes portadoras de anteflexões tambem se queixam de dysmenorrhœa.

Esta dysmenorrhœa é interpretada diversamente conforme os gynecologistas.

Assim Simpson e Marion Sims attribuem-n'a a uma distensão da cavidade uterina, por o corrimento menstrual, a cuja sahida a flexão se oppõe.

Fritsch, attribue-a antes a uma irritação dos nervos devida á congestão, e á tensão vascular augmentada, e devida á curvatura dos vasos no nivel do ponto de flexão.

Eu colloco-me ao lado da primeira opinião, pois que succede que quando a tensão intra-

uterina consegue ceder a curvatura da flexão ha o escoamento de materias de cheiro fetido e portanto já em principio de decomposição. Logo que se dá este escoamento as dôres cessam ou pelo menos diminuem, o que não succederia de certo se a causa d'essas dôres fosse, aquella a que Fritsch as attribue. Alem d'estas dôres as doentes portadoras de anteflexão sentem dôres constantes no perineo, dôres que se estendem como na anteflexão pela parte posterior da coxa e perna. As mulheres portadoras quer d'este desvio quer do precedente, apresentam sempre todos os symptomas de metrite.

Retroversões.—Pode este desvio ser adquirido rapidamente ou pelo contrario se-l'ò e muito lentamente. É este o caso mais vulgar.

No primeiro caso tendo a doente feito um esforço superior ás suas forças sente uma dôr agudissima no perineo que se estende pela face posterior da coxa e perna attingindo muitas vezes o calcanhar.

Mas o que a maior parte das vezes succede é apparecer-nos uma mulher que nos apresenta todos os symptomas d'uma metrite, com dôr no perineo estendendo-se pela coxa e perna, mas aqui a dôr é menos aguda.

O exame local da doente é que nos vae illucidar sobre o diagnostico.

Assim tanto n'um como n'outro caso pelo toque nós não sentimos atravez da parede abdominal o fundo do utero, mas sim a sua face anterior; encontramos o vertice do seu collo de encontro á parede anterior da vagina, e o fundo de sacco de Douglas occupado por uma massa arredondada fazendo corpo com o utero e que não é senão a parte superior do seu corpo.

Alem d'estes, a doente apresenta um symptoma muito importante para nos guiar no diagnostico: é a constipação habitual, sentindo a doente dôres na occasião de defecar.

Martin cita uns dois casos de retroversão congenita, em que a doente se queixa de esterilidade, devido talvez á disposição que toma o collo do utero n'estas versões.

Retroflexões.—É este sem duvida de todos os desvios o que mais incommoda a mulher e aquelle que perturbações mais graves acarreta deixando ao mesmo tempo o medico embarcado, tão differentes e excentricos são os seus symptomas. Assim Schröder teve na sua clinica um caso de choreia, cuja causa era

uma retroflexão; Chrobak um caso de asthma; Kehrer varios casos de aphonia; Sielki dois casos de hystero-epilepsia; Kiderlen muitos casos de vomitos incessantes.

Não é porém vulgarmente com taes symptomas que as doentes se nos apresentam.

Geralmente a doente portadora d'uma retroflexão apresenta symptomas d'uma metrite, acompanhados de dôres nos lombos, estendendo-se pela face posterior da coxa e perna; peso no perineo; difficuldade em andar; symptomas dyspepticos accentuados; constipação e menstruações dolorosas. Taes são juntos á esterilidade os symptomas mais constantes d'uma retroflexão uterina.

Descriptos assim os symptomas subjectivos, das retroflexões uterinas, vou agora descrever os objectivos, isto é, aquelles que colhemos quando ao examinar a nossa doente recorremos ao toque bimanual.

Aqui ao contrario do que succede nas retroversões, encontramos o collo do utero na sua posição normal, porém ao fazermos o toque do fundo de sacco posterior encontramo-l'o occupado por um corpo arredondado, mais ou menos consistente, e separado do collo do

utero por um espaço pelo qual conseguimos introduzir o nosso dedo em maior ou menor extensão segundo o grau de flexão. Ao mesmo tempo que os dedos vaginaes encontram o que fica descripto a mão abdominal ao palpar não encontra o fundo do utero, mas sim a face anterior do seu corpo mobilisavel com os deslocamentos imprimidos ao collo pela mão vaginal.

Ha casos e muito vulgares de associações diversas dos diversos desvios uterinos.

Eis muito resumidamente qual a symptomatologia que apresentam as mulheres portadoras de desvios uterinos.

Ha casos em que examinada a doente em diversas occasiões e com intervallos maiores ou menores, nós encontramos o seu utero em cada exame, em posição differente. Os symptomas são tambem os dos diversos desvios, predominando contudo os do desvio mais accentuado.

São estes, os chamados estados indifferentes do utero, devidos ao relachamento de todos os ligamentos suspensores.

CAPITULO IV

Processos cirurgicos de fixação

Antes de começar a descrever um por um os diversos processos cirurgicos para fixar um utero que não está na sua posição normal precisamos de fazer umas breves considerações sobre se se deve intervir e quando, n'um caso de desvio.

A esta pergunta de variadissimas formas se tem respondido, dependendo essas respostas da maneira de vêr dos diversos gynecologistas que a este assumpto se tem dedicado especialmente. A minha opinião, acompanhando a da maior parte dos gynecologistas modernos é de que em face d'uma mulher portadora d'um desvio uterino seja elle de que natureza e grau fôr, devemos sempre intervir, para obstar aos gravissimos incommodos produzidos pela sym-

ptomatologia acima descripta e alem d'isso pelas perturbações tardias que esses desvios e muito principalmente os retrodesvios produzem. Refiro-me fallando d'esta forma ao aborto que geralmente do quarto para o quinto mez se dá na mulher cujo utero está em retroflexão.

Devemos pois ainda n'este caso e para pôr termo ás consequencias funestas que pode ter um aborto para uma mulher, intervir e sempre nos casos de retroflexão, a não ser quando o estado geral da doente não permitta o choque operatorio.

Alguns cirurgiões attribuem aos desvios a esterilidade. É ainda uma obrigação para o medico intervir n'estes casos pois que se o não fizer arca com a responsabilidade que muito bem lhe pode ser attribuida, e que me parece incommensuravel, de não velar pelo desenvolvimento e reproducção da sua raça.

É muito differente o mechanismo pelo qual as versões e as flexões são causadoras da esterilidade. Assim nas versões, como todo o utero se desloca, o vertice do seu collo, faz com a vagina um angulo recto ou quasi recto difficultando ou mesmo impossibilitando que se dê a fecundação.

Nas flexões como apenas o corpo do utero se desloca, faz com o collo um angulo tanto mais accentuado, quanto mais accentuada fôr a flexão, e como consequencia, haver uma diminuição do calibre do canal cervical, diminuição que é tambem devida a um processo de esclerose que se produz no ponto de flexão.

Vulpian conseguiu provar que era realmente a diminuição do calibre do canal cervical a causa da esterilidade. Em varias mulheres que frequentavam a sua consulta e que eram portadoras de flexões uterinas, elle fez durante um ou dois mezes seguidos, a introdução de laminarias, de calibre crescente, até que no calibre do canal não se notasse a flexão.

Findo o tratamento essas mulheres recolheram a suas casas, e algumas d'ellas conceberam pouco tempo depois. Porém com o parto e tendencia d'esses uteros para a flexão, passado pouco tempo essas doentes, queixavam-se de novo apresentando a symptomatologia que apresentavam antes do tratamento.

Prova esta ainda em favor d'aquelles que como eu entendemos que se deve sempre intervir nos casos de desvios uterinos.

Entremos agora propriamente no assumpto da nossa escolha.

Dentro d'estes processos eu devia talvez collocar tambem os pessarios; as laminarias e a electricidade. Porém como a minha opinião sobre o tratamento dos desvios uterinos é absolutamente radical, entendo que os meios palliativos como os pessarios só se devem empregar quando de todo em todo fôr impossivel intervir, eu ponho portanto de parte a descripção de toda a serie de pessarios que no commercio se encontram á venda. Pelo que diz respeito ás laminarias e á electricidade, são sem duvida os melhores processos não sangrentos para o tratamento dos desvios; porém como limitei o meu trabalho aos processos sangrentos vou fazer a descripção tão demorada quanto possivel de cada um dos que hoje e até hoje se teem uzado, demorando-me mais como é natural sobre aquelles de que vulgarmente se lança mão no decorrer da vida clinica, e aos quaes o tempo e a experiencia teem mostrado grandes vantagens.

Na questão de tratamento os processos são muito identicos nas versões e flexões; sendo assim e para obstar a repetições que me pare-

cem absolutamente desnecessarias eu agrupei os desvios uterinos de que venho tratando em dois grupos: antedevios e retrodevios, especificando no entanto as indicações especiaes de qualquer dos processos quando as tenham.

Antedevios

São estes sem duvida de todos os desvios aquelles cujos symptomas mais facilmente desaparecem com a applicação do tratamento medico, ficando eu no entanto convencido de que passado mais ou menos tempo de novo apparecem á doente os mesmos incommodos que a levaram a consultar e a sujeitar-se a um tratamento demorado e que para mim é inefficaz.

Com o fim de pôr termo a estes antedevios um grande numero de operações se teem feito, com maior ou menor exito consoante os processos empregados.

Descreveremos agora os diversos processos.

Cuneo-hysterectomy de Thiriar.—Feita a laparotomia, cortamos uma cunha de grande eixo transversal, em pleno tecido muscular da face

posterior do utero, suturando a seguir os dois labios d'esta ferida. Encurtamos assim a face posterior do utero de toda a altura da cunha, tendo previamente calculado, a porção de tecido a excisar. Este processo é usado na anteflexão.

Cuneo-hysterectomy de Reed.—Reed no intuito de evitar a abertura da cavidade abdominal, descreveu um processo, cujo fim é identico ao de Thiriar, porém intervem por via vaginal, fazendo uma incisão no fundo do sacco posterior. Este processo deve a meu vêr ser posto de parte pois que hoje já não ha perigo em abrir uma cavidade abdominal, desde que se uzem todas as regras de asepsia preconisadas, e alem d'isso o processo de Reed é de muito mais difficil execução. Como o precedente é usado nas flexões.

Processo de Dudley.—Dudley aconselha para o tratamento das anteflexões um processo consistindo na incisão mediana e posterior em toda a altura da porção vaginal do collo e a seguir faz a sutura de cada um d'esses labios sobre si proprio.

Que os resultados são brilhantes attestam-n'o o auctor do processo e Pozzi, attribuindo

o seu exito, mais á cura da metrite do que propriamente á cura da flexão.

Colpo-hysteropexia. — Amussat em 1850 preconizou muito, para a cura das flexões uterinas, o seu processo.

Consiste em cauterisar com um ferro em braza ou com um thermocauterio a parede posterior do utero, produzindo-se assim ao cicatrizar uma brida que diminue o comprimento da parede, tanto mais quanto mais extensa e mais profunda fôr a cauterisação.

Laroyenne é de opinião que a hysteropexia descripta adeante para a cura dos retro-desvios, deve ser vantajosa no tratamento da anteflexão. Explica essa cura da seguinte forma. As tracções exercidas sobre o utero pela sua sutura á parede abdominal oppondo-se á pressão exercida em sentido contrario, pela inserção da vagina ao collo do utero, devem determinar o desaparecimento do angulo de flexão.

Encurtamento intra-abdominal dos ligamentos utero-sacros. — É o processo usado contra as anteversões.

Executada a laparotomia e o repuxamento do utero para deante, tempos, que são com-

muns a todas as operações d'este genero, tem-se assim os ligamentos utero-sagrados perfeitamente tensos.

Passa-se em cada um dos ligamentos assim tensos um fio de seda em U de maneira que as pontas fiquem para fóra e saiam a anterior a dois centímetros do utero e a posterior a dois centímetros do recto.

Apertando, encurtamos os ligamentos de toda a porção do ligamento pregueado.

Retrodesvios

São extremamente numerosas as operações que se usavam e das quaes ainda algumas hoje se usam para pôr termo aos retrodesvios uterinos.

Divide-se esse grande numero de operações em dois grandes grupos consoante é preciso ou não para a sua execução a abertura da grande cavidade abdominal, e assim temos para o tratamento dos retrodesvios os processos intra-abdominaes e os extra-abdominaes.

Estes ultimos, os mais antigamente conhecidos, dividem-se ainda em dois sub-grupos: aquelles em que se intervem por via vaginal, e

no segundo sub-grupo aquelles em que se intervem por via abdominal sem abertura da cavidade.

N'este sub-grupo apenas se colloca um processo, com varias modificações e pelo qual se faz o repuxamento dos ligamentos redondos, fazendo a incisão dos tecidos superficiaes, até attingir o orificio externo do canal inguinal.

Vamos pois fazer a descripção dos diversos processos, principiando por este sub-grupo.

Encurtamento extra-abdominal dos ligamentos redondos.—Esta operação foi descripta e proposta por Alquié em 1840 e só executada em 1881 e 1883 por Alexander e Adams.

As estatisticas que acompanham a descripção d'esta operação levam-me a dizer que ella é sem duvida de resultados muito satisfactorios.

Trelat operou quatorze mulheres tendo tido sempre magnificos resultados.

Dolérís, Schwartz e Terrillan juntaram cento e quarenta casos de differentes operadores apenas com cinco casos de menos feliz resultado.

Alexander conta vinte e seis observações de successo absoluto.

Esta operação é descripta pelos seus auctores em cinco tempos:

1.º tempo:— Incisão da parede até á aponevrose, n'uma extensão de cinco centímetros e segundo uma linha parallelá á arcada de Fallopio.

2.º tempo:— Procura do orificio externo do canal inguinal e dissecção cuidada para pôr a nú o cordão.

3.º tempo:— Encontrado o cordão, emquanto um ajudante faz a reducção bimanual do desvio, o operador com todo o cuidado e dissecando plano por plano em toda a extensão do canal inguinal, puxa pelos ligamentos até sentir resistencia.

4.º tempo:— Sentida a resistencia annuncia-da no tempo precedente da operação, estamos seguros de que a reducção está feita, e então não temos mais do que fazer a sutura dos ligamentos para os fixar na sua nova posição.

Para isso com uma agulha montada em seda atravessamos os pilares do orificio externo do canal inguinal, e toda a espessura do cordão, suturando-o a elles. Corta-se a porção do cordão em excesso, e para maior segurança passa-se um ou dois fios da mesma seda entre

os pilares, obstando assim a que em cada orifício do canal inguinal fique um ponto fraco da parede.

Umas leves modificações teem sido feitas na forma de suturar os ligamentos repuxados.

Segond fazia passar os ligamentos atravez de botoeiras feitas em cada um dos pilares.

Dolérís fixava um ligamento ao do lado opposto, passando-o sob a pelle.

Casati reunia por uma incisão curvilinea os dois orifícios dos canaes inguinaes; fazia o repuxamento dos ligamentos redondos; suturava-os a catgut um ao outro e á parede abdominal na linha media.

5.º *tempo*.—No quinto tempo da sua operação, Alexander fazia a introdução de um pessario, que durante um mez devia sustentar o utero na sua nova posição, subtrahindo assim os ligamentos não cicatrisados á tracção que o peso do utero sobre elles exerceria.

Pozzi para evitar os inconvenientes da applicação tão demorada d'um pessario, empregou e com vantagem segundo as suas estatisticas, tampons de gaze esterilizada simples ou iodoformada, que renovava muito ameudadas vezes.

A par da conveniencia de não abrir a cavidade abdominal se isso hoje se pode dizer inconveniente, tem esta operação verdadeiros inconvenientes, que devem fazer pensar muito o cirurgião, antes de intervir.

A ruptura dos ligamentos redondos e a abertura da cavidade peritoneal ao fazer o repuxamento taes são os dois grandes inconvenientes do encurtamento extra-peritoneal dos ligamentos redondos.

Consegue-se em parte, remediar estes inconvenientes, incidindo antes de fazer o repuxamento, a parede anterior do canal inguinal deixando assim caminho mais aberto e desembaraçado para fazer a desinserção dos ligamentos.

Croom encontra n'esta operação mais um inconveniente: é a difficuldade extraordinaria com que algumas vezes se lucta para encontrar o ligamento redondo.

Rivière executou varias vezes esta operação e a hysteropexia directa, para fazer uma estatistica comparativa. Assim em quatorze mulheres que gravidaram apóz o encurtamento extra-abdominal dos ligamentos redondos houve treze partos de termo e um aborto.

E em dezesete que grávidaram apoz a hysteropexia directa, houve treze partos de termo, dois partos prematuros e dois abortos.

D'onde elle conclue que os resultados da operação de Alexander são mais brilhantes que os da hysteropexia.

Vou agora fazer a descripção dos processos usados por via vaginal.

Vagino-fixação.—Esta operação consiste na sutura da parede anterior do utero á parte superior da mucosa vaginal.

Todos os processos que teem sido descriptos para a execução d'esta operação se fundam n'este principio. Porém de todos elles aquelle que maiores probabilidades de bom exito offerece, é sem duvida o descripto por *Dentu-Pichevin*, pois é o que em virtude da larga incisão da mucosa vaginal, mais espaço dá para o operador trabalhar e para que com maior perfeição o processo possa ser executado.

Processo de Dentu-Pichevin.—Após a incisão mediana da mucosa vaginal, que se estende da extremidade anterior da vagina até ao labio anterior do collo, e a dissecação cuidada da mucosa em toda esta extensão, faz-se uma su-

tura a pontos separados e transversaes, entre a parede anterior do utero e a mucosa assim dissecada, de forma a que o fundo do utero fique suturado á parte inferior e anterior da parede vaginal e o isthmo á sua parte superior e posterior.

Este processo que está absolutamente lançado ao esquecimento, e que simplesmente por curiosidade e como complemento d'este assumpto aqui descrevo, tem varios inconvenientes, uns de execução, outros tardios. Nos primeiros eu colloco o perigo imminente de furar a bexiga ao fazer a dissecção da mucosa vaginal. Entre os segundos eu colloco, a impossibilidade que um utero assim fixo tem de gravidar, o que faria com que, se este processo fosse de uso corrente, apenas se empregasse em mulheres que pela sua idade não gravidassem.

Processos de Doyen e Elischer.—Estes dois processos apenas differem no ultimo tempo da operação, isto é, na forma como se faz o encurtamento da parede anterior do utero.

São descriptos em trez tempos por estes auctores.

1.º tempo.—Repuxamento do utero para

baixo e para deante por duas pinças de garras collocadas no collo uterino.

2.º *tempo*.—Abertura transversal do fundo do sacco anterior e dissecação cuidada da mucosa.

3.º *tempo*.—Fixação do utero. É aqui que differem os dois processos e portanto vou fazer a descripção separada.

Processo de Doyen.—N'este processo o encurtamento da parede uterina faz-se por pregueamento da mesma parede. Para isso o auctor manda que se passe um fio de seda em U de forma que fiquem os ramos transversaes, e afastados um do outro do espaço que se calcule ser preciso encurtar a parede. Apertam-se as duas extremidades do fio, que é necessario seja bastante consistente para supportar a resistencia que lhe oppõe a massa muscular uterina.

Passa-se um segundo fio, para reforço e tem-se assim a parede anterior do utero diminuida de toda a porção da parede pregueada.

Processo de Elischer.—N'este processo talha-se um retalho em forma de U por cima do angulo de flexão, aviva-se a face anterior do collo uterino. Fixa-se assim o retalho á parte do collo que foi avivado.

Processo de Richelot.—Em 1868 este auctor propoz suturar o collo uterino á parede posterior da vagina depois de se ter feito o avivamento das duas superficies.

Os resultados d'esta operação são confirmados por Hunter.

Processo de Von-Rabaneau.—Von-Rabaneau em 1886 propoz a seguinte operação com indicação nas retroflexões.

Feita uma incisão mediana na mucosa, sobre o collo uterino até abrir o fundo do sacco anterior, separa-se o utero da bexiga com qualquer instrumento rombo, e talha-se sobre a face anterior do utero um retalho de quatro centímetros de lado, que se retira.

Suturam-se os bordos d'esta ferida e está a operação completa.

E d'este genero muitos outros processos devidos a Sanger, Péan e Nicoletis, teem sido descriptos.

Processo de Schücking.—Em 1890 Schücking lembrou-se de praticar para as retroversões uterinas uma operação consistindo na sutura do fundo do utero ao fundo do sacco vesico-uterino, com previo avivamento das duas superficies. A sua estatistica dá que em vinte

casos operados apenas doze foram coroados de bom exito.

Todos estes processos que acabei de descrever, teem o grande inconveniente de o cirurgião ter de operar sem poder fazer um exame directo, o que principalmente n'este caso tem muita importancia, devido ás muito fortes adherencias que os uteros em retroversão e retroflexão contraem com os órgãos visinhos, podendo nós, ao fazer o repuxamento do utero, romper algumas d'essas adherencias, fazer uma hemorragia ou mesmo a laceração de qualquer viscera a que o utero esteja adherente.

Por este motivo que é de muito grande importancia e com as regras de asepsia que nos são tão familiares, parece-me que não devemos hesitar em dar a preferencia aos processos para cuja execução é necessario a abertura da cavidade abdominal.

Pestalozza é de opinião que as vagino-fixações são operações palliativas, assemelhando-as mesmo á introducção d'um pessario. Quando muito, diz, poder-se-hão empregar em desvios que não tenham ainda contrahido adherencias e que sejam muito facilmente reductiveis.

Nas intervenções por via abdominal dois

grupos de operações se podem fazer; um, em que actuamos sobre os ligamentos «*encurtamento intra-peritoneal dos ligamentos redondos e ligamentopexia ou hysteropexia indirecta*» outro, em que actuamos directamente sobre o utero «*hysteropexia directa*». Vou pois fazer a descripção dos diversos processos que ha, para a realisação d'estas operações.

Encurtamento intra-peritoneal dos ligamentos redondos.—Esta operação foi executada pela primeira vez em 1886 por Wylie, e pouco tempo depois repetida por Ruggi.

Ella consiste em fazer nos ligamentos redondos uma prega, cujo vertice esteja a egual distancia do pubis, e do corno uterino correspondente. Feita assim a prega, passa-se trez ou quatro fios, tendo ou não feito previamente o avivamento das superficies que vão ficar em contacto. Com esta prega encurtam-se os ligamentos redondos, e faz-se como na operação de Alexander o repuxamento do utero para deante.

Ha com o mesmo fim de encurtar o ligamento redondo, descripto um outro processo, consistindo em franzir o ligamento por meio

d'um fio passado atravez da aza anterior do ligamento largo.

Dudley fazia a prega junto á origem do ligamento redondo, e alem d'isso, suturava a prega assim feita, á parede anterior do utero.

Polk antes de fazer a sutura da prega do ligamento redondo á parede anterior do utero, fazia o avivamento das superficies que iam assim ficar em contacto.

Processo de Baldy-Dartigues.—Dartigues descreveu em 1906 um processo de fixar um utero em retroversão, que já Baldy em 1903 tinha descoberto, mas que não tinha tornado publico.

Consiste este processo em suturar um ao outro e á parede posterior do utero, os dois ligamentos redondos depois de os ter feito passar atravez da aza media dos ligamentos largos. N'este processo o utero em retroversão fica perfeitamente apoiado pela ansa feita á custa dos ligamentos redondos. A sutura deve ser feita com fios que não sejam reabsorviveis.

Alguns auctores em vez de passar os ligamentos atravez da aza do ligamento largo passam-n'os por cima.

Este processo, em mulheres cujos ligamen-

tos tenham tendencia para o relachamento parece-me apresentar poucas vantagens, pois passado pouco tempo o utero estará de novo em retroversão.

Imlach e Delagénière imaginaram um processo de fixação para uteros em retroversão, consistindo no encurtamento dos ligamentos largos, e sua sutura á parede posterior do utero.

Duret n'um caso de retroversão uterina em que teve de fazer uma ovario-salpingectomia em vez de encurtar os ligamentos, suturou-os um ao outro, e esta ansa assim formada, á parede posterior do utero.

Estes processos estão hoje todos absolutamente abandonados.

Ligamentopexia ou hysteropexia indirecta.—São varios os processos descriptos para a execução d'esta operação.

Processo de Beck.—Este processo que é tambem devido a Doléris e Richelot consiste na sutura da parte media dos ligamentos redondos aos musculos rectos, no nivel da extremidade inferior da incisão abdominal infra-umbilical.

Processo de Doléris.—Doléris conseguiu porém

um processo mais interessante e cujos resultados parece devem ser mais seguros.

Feita a incisão mediana e infra-umbilical da parede abdominal, faz-se a alguns centímetros de distancia, e em pleno tecido muscular dos rectos, uma botoeira pela qual se faz passar o ligamento redondo correspondente. Feito igual tempo da operação do lado opposto, não temos mais que suturar o peritoneo e musculos rectos, suturar um ao outro os ligamentos redondos, que ficam assim extra-musculares, e por fim a pelle.

Hoje na pratica corrente usa-se este mesmo processo com uma pequena modificação, em vez de fazer a botoeira nos rectos, talha-se um pequeno retalho, e abre-se uma botoeira na aza anterior do ligamento largo, pela qual se faz passar o retalho do recto, suturando-o depois.

Este processo tem a vantagem de deixar perfeitamente livre o fundo do utero, para se poder desenvolver em caso de gravidez.

É este processo muito usado pelo Ex.^{mo} Senhor Dr. Alberto Ribeiro, associando-o muitas vezes á hysteropexia directa.

Hysteropexia directa.—Sendo hoje a operação ideal para a cura dos retrodesvios, é na-

tural que tambem eu sobre ella me demore mais um pouco do que tenho feito na descripção dos muitos e variados processos, que foram, e são alguns ainda hoje usados para a cura dos desvios uterinos.

Foi Koeberli em 1869 quem primeiro pensou no bom resultado que se poderia obter ligando o utero á parede abdominal, pois que tendo feito uma ovariectomia a uma mulher portadora d'um desvio uterino, e tendo suturado o pediculo á parede abdominal, notou e com admiração que toda a symptomatologia desapareceu.

Pouco tempo depois, n'uma mulher com uma symptomatologia muito identica á da primeira, elle sacrificou um ovario são, e notou accentuadas melhoras.

Em 1875 e 1876 Sims e Kaltenbach usaram este methodo em mulheres portadoras de retroversões, e segundo as suas observações os resultados foram muito satisfatorios.

Schröder viu uma choreia symptomatica d'uma retroflexão, desaparecer com a sutura d'um pediculo de ovario, á parede abdominal.

A hysteropexia directa foi sómente executada pela primeira vez em 1880 por Lawson

Tait n'uma mulher que soffrendo d'uma ovarite dupla, era tambem portadora d'uma retroflexão.

Fez a ovariectomia, e ao fechar a cavidade abdominal, elle passou um dos fios da sutura atravez da massa muscular uterina no nivel do fundo do utero, fixando-o d'esta forma á parede.

Em França, Terrier e Czernig repetiram muitas vezes esta operação, passando uma serie de fios atravez dos dois labios da ferida e da parede anterior do utero, ficando o superior, sempre n'um nivel inferior ao da inserção das trompas.

Pozzi, usou durante muito tempo este processo, modificando-o mais com o emprego d'uma sutura continua, em vez de pontos separados para a fixação do utero á parede.

Legueu, usou collocar fios duplos, e amarrava-os um ao outro ficando assim o utero mais firme, e portanto mais seguro.

Zinsmeister passava dois fios verticaes um de cada lado da linha de incisão.

Faucon, passava tres fios, um transversal no nivel do angulo inferior da incisão, e dois como os de Zinsmeister.

Houve ainda um gynecologista cujo nome e

data em que viveu não consegui apurar, que fez varias hysterofixações sem previa laparotomia.

Trazia o utero á parede abdominal com os dois dedos introduzidos na vagina, e com uma agulha de grande curvatura passava um fio em toda a espessura da parede abdominal e do utero. Este processo foi logo posto de parte por os grandes inconvenientes que o acompanhavam, como por exemplo: a interposição entre o utero e a parede abdominal d'uma ansa intestinal.

Hoje faz-se a hysterofixação aconselhada e descrita por Olshausen, Czernig e Terrier.

Consta de quatro tempos.

1.º tempo.—*Incisão da parede abdominal.*—Incisão mediana infra-umbilical de quatro a cinco centímetros.

2.º tempo.—*Mobilisação do utero.*—Logo que a cavidade abdominal está aberta, vae-se em procura do utero, desfazendo com todo o cuidado todas as adherencias, se elle já as tiver contrahido.

3.º tempo.—*Fixação do utero.*—Collocado o utero na posição que é normal, passa-se uma serie de fios, empregando seda ou catgut, e

dispondo-os por qualquer das formas que acima ficaram descriptas, tendo no entanto cuidado que o mais superior fique n'um plano inferior ao da imersão das trompas.

4.º *tempo.* — **Sutura da parede.** — Feita a pontos separados, e camada por camada para evitar as eventrações, que mais tarde podem sobrevir se não houver este cuidado.

Aconselha-se sempre a collocação d'um tampon vaginal que sustenta o utero na sua posição, para evitar o repuxamento que pode lacerar os pontos.

Leopold para ter mais certeza no bom resultado d'esta operação, avivava a face anterior do utero, e a face posterior dos musculos rectos; superficies estas que vão ficar em contacto apoz a sutura.

Thiriar com o mesmo fim alem de fazer o avivamento, usava ainda fios de seda não absorviveis.

Processo de Kelly. — Kelly fazia para fixar o utero á parede abdominal, uma sutura entre o peritoneo parietal e o peritoneo que reveste a face posterior do utero.

Maunsell modificou este processo, fazendo a sutura do peritoneo parietal não só ao perito-

neo que reveste a face posterior do utero, mas tambem ao peritoneo que reveste a sua face anterior, fazendo assim uma especie de corôa, collocada a um centimetro e meio abaixo do plano de inserção das trompas.

Processo de Harris.—Quando o desvio é n'uma mulher que já não tem probabilidades de gravidar, este cirurgião recomenda um processo que, consiste na inclusão do utero entre a camada profunda da parede abdominal e a pelle, passando os fios dos bordos incididos dos rectos para a parede posterior do utero.

De magnificos resultados pelo que diz respeito á segurança com que o utero fica fixo, estes processo tem inconvenientes desde que seja feita em mulheres que possam gravidar.

Villeneuve em cento e cincoenta e quatro mulheres que gravidaram apoz uma hysterofixação, encontrou em sessenta e quatro, dôres bastante violentas no decorrer da gravidez, abortando um grande numero d'ellas.

É para evitar tanto quanto possivel estes inconvenientes, que hoje e por conselho de Pierre e Delbet se faz a isthmopexia, ou seja a sutura do isthmo uterino á parede abdominal, podendo assim o utero em caso de gravidez

desenvolver-se á vontade. Este processo é muito uzado pelo snr. Professor Teixeira Bastos, muitas vezes associado á ligamentopexia.

O processo usado é exactamente igual ao que se usa na hysteropexia vulgar.

Foi ainda com este fim, que Kelly e Noble descreveram o seu processo, que consiste em passar os fios sómente atravez do peritoneo parietal e visceral.

Acho de muito grande difficuldade escolher entre todas as operações que tenho descripto para o tratamento dos desvios uterinos, aquella ou aquellas que mais vulgarmente e com maiores probabilidades de exito se devam usar.

Postas de parte as operações por via vaginal, pelas razões que já acima expuz, resta-me só fazer a selecção entre as que se fazem por via abdominal.

Todas ellas teem conveniencias, e todas teem os seus inconvenientes.

Assim, a ligamentopexia e a isthmopexia, são operações que no meu entender devem dar bellissimos resultados, visto que mesmo n'um caso de gravidez o utero se pode desenvolver á vontade; porém ha gynecologistas que lhes notam inconvenientes.

No primeiro processo, de o utero ficar insufficientemente fixo, e de no segundo o utero poder fazer com muita facilidade uma retroflexão.

Para evitar estes dois inconvenientes, parece-me de vantagem associar estes dois processos, o que não trará novos inconvenientes, e parece será de grande vantagem no tratamento d'estes desvios.

A hysteropexia directa, acho-a uma operação magnifica pelo que diz respeito á segurança de fixação do utero desviado. Porém ha gynecologistas que lhe attribuem as graves desordens que muitas vezes apparecem no decorrer d'uma gravidez consecutiva a uma fixação.

É para as evitar que me parece de toda a conveniencia o emprego d'este operação em mulheres sem probabilidades de gravidar, podendo nós empregar na sua execução qualquer dos methodos descriptos.

Sobre este assumpto Fraipant relata quatro casos de gravidez facil, e de partos de termo em mulheres que se tinham sujeitado a hysteropexias directas.

Ainda a favor d'este processo é Richelot, dizendo que a hysteropexia directa, é um processo seguro pelos seus resultados. As pertur-

bações que muitas vezes lhe sobreveem, são devidas a má technica. O fundo do utero deve sempre ficar livre; para isso basta que a sutura se faça por forma que o fio mais superior fique n'um plano que passe a um centimetro ou a um centimetro e meio abaixo do plano de inserção das trompas.

Antes de terminar este assumpto, eu transcreverei a opinião de Gouin sobre os processos cirurgicos de fixação uterina.

São trez as conclusões a que elle chega:

1.^a As hysteropexias abdominaes e vaginaes são processos de fixação uteis, mas que devem ser regeitados durante o periodo de actividade genital da mulher.

2.^a O encurtamento dos ligamentos redondos é pelo contrario o processo de escolha.

3.^a D'entre estes, o encurtamento intra-abdominal deve ser preferido ao encurtamento extra-abdominal ou operação de Alexander, por se poder fazer o exame directo do utero, o que nos retrodesvios tem bastante importancia.

E tenho assim exposto tudo o que ha de mais importante sobre os desvios uterinos que me propuz tratar.

CAPITULO V

Observações

I

V. M. S., 34 annos, casada, domestica.

TABELLA 1713

ENF. N.º 14

Operador *Prof. Teixeira Bastos*

Entrada — 20 de Fevereiro de 1915

Estado actual.—Dysmenorrhœia, typus ovarico e uterino. Rectocello e cystocello. Collo do utero á vulva. Fundo do sacco posterior occupado por o fundo do utero, que indo de encontro ao recto, difficulta a defecação. Ardencia ao urinar. Peso no perineo. Dyspepsia.

Murmurio respiratorio diminuido, á direita, com leve sub-maciszez.

Historia da doença.—Ha dez annos, apóz o quinto parto, começou a sentir dôres e peso no perineo. Com outros partos que se seguiram, essas dôres augmentaram, até que agora ao decimo parto, essas dôres augmentaram por tal forma, que a obrigaram a vir ao Hospital onde lhe deram entrada.

Antecedentes pessoais.—Saudavel. Foi menstruada pela primeira vez aos doze annos.

Antecedentes hereditarios.—Paes saudaveis. Irmãos saudaveis. Dez filhos, dos quaes já morreram trez; um com uma broncho-pneumonia consequente a um sarampo; e os outros dois de enterite.

Diagnostic.—Retroflexão uterina com prolapso.

Foi operada a 17 de Março de 1915, tendo-se feito uma «Isthmopexia a crinas de Florença»; e extirpação de pequenos kystos ovaricos, tanto á direita como á esquerda.

O anesthesico empregado foi o chloroformio.

Sahi em 7 de Abril de 1915 com o utero na sua posição normal.

Esta doente gravidou pouco tempo depois de operada. A gravidez decorreu normal e o parto foi eutocico

II

M. A. C., 31 annos, solteira, creada.

TABELLA 2329

ENF. N.º 9

Operador *Dr. Alberto Ribeiro*

Entrada — 17 de Maio de 1915

Estado actual. — Corrimento branco amarelado, com dôres no perineo, e sensação de peso. Dysmenorrhœia typo uterino. Difficuldade na marcha. Dôr e fraqueza na perna esquerda. Constipação habitual. Appetite. Boas digestões. Ralas de bronchite no pulmão esquerdo. Urina com frequencia. Urinas claras e sem deposito. É muito nervosa.

Ao toque, o fundo do sacco posterior é occupado por uma massa não muito volumosa e arredondada, separada do utero por um espaço de pequena abertura.

O collo do utero está levemente ulcerado, assim como as paredes da vagina, por a applicação d'um pessario.

Historia da doença.— Ha trez annos começou a sentir apóz um parto, leves dôres, que foram pouco a pouco augmentando, assim como o corrimento, até que chegaram a incommoda-l'a, impossibilitando-a de andar.

Antecedentes pessoaes.— Bronchites amiudadas. Em creança sarampo e febres gastricas.

Foi menstruada pela primeira vez aos quinze annos.

Antecedentes hereditarios.— Paes saudaveis. Tem cinco filhos que são todos vivos e saudaveis.

Diagnostic.— Retroflexão uterina.

Foi operada a 17 de Junho de 1915, tendo-se feito uma «Hysteropexia indirecta por suspensão dos ligamentos redondos.»

O anesthesico empregado foi o chloroformio (quinze grammas).

Sahi u em 30 de Julho de 1915 com o utero na sua posição normal, e sem alguns dos incommodos que tinha antes da operação.

III

C. R. N. 19 annos, solteira, creada.

TABELLA 758

ENF. N.º 9

Operador *Dr. Alberto Ribeiro*

Entrada — 7 de Outubro de 1915

Estado actual.—Corrimento branco algumas vezes levemente sanguineo. Ardencia ao urinar. Dysmenorrhœia desde a primeira menstruação. Constipada habitualmente. Ao toque, o fundo do sacco posterior occupado pelo fundo do utero.

Dôres á defecação. Fezes algumas vezes tintas levemente de sangue. Anemia. Sopros multiplos no coração, sem propagação. Anorexia.

Historia da doença.—Desde que foi menstruada pela primeira vez aos quatorze annos, teve sempre dôres. Porém essas dôres foram augmentando com a idade, começando a ser mais violentas aos dezessete annos. Como ha cinco

mezes lhe principiasse a custar andar, por fraqueza e dôr ao longo da perna esquerda, veio á consulta ao Hospital. Andou ahi algum tempo em tratamento, mas como não melhorasse deram-lhe entrada a seu pedido.

Antecedentes pessoaes.—Soffreu sempre de fraqueza. Sarampo em pequena. Coqueluche. Menstruada pela primeira vez aos quatorze annos.

Antecedentes hereditarios.—Pae falleceu com um cancro no estomago. Mãe saudavel.

Diagnostic.—Retroflexão uterina com endometrite.

Foi operada a 25 de Outubro de 1915, tendo-se feito uma «hysteropexia indirecta por suspensão dos ligamentos redondos».

O anesthesico empregado foi o chloroformio (vinte e cinco grammas).

Sahiu no dia 27 de Novembro de 1915, muito melhorada, pois tendo sido menstruada depois de operada, já não sentia dôres tão fortes, como antes de entrar para o Hospital.

IV

M. S., 30 annos, viuva, domestica.

TABELLA 922

ENF. N.º 9

Operador *Dr. Alberto Ribeiro*

Entrada — 30 de Outubro de 1915

Estado actual.—Corrimento branco amarellado, manchando muito a roupa. Dôr na fossa illiaca esquerda. Peso e dôr no perineo. Difficuldade em andar. Dysmenorrhœia typo uterino, ha quatro annos. Sopro no foco mitral no primeiro tempo, com propagação para axilla. Palpitações. Anorexia. Tem periodos de constipação alternando com periodos de diarrheia. Syphilis (?)

Ao toque, fundo do sacco posterior e lateral esquerdo occupados.

Historia da doença.—Ha quatro annos começou a sentir dôres muito violentas na occasião das menstruações. O corrimento começou a augmentar. Ha trez annos apóz um parto au-

gmentaram as dôres. Veio á consulta onde andou em tratamento durante dois annos, e por fim resolveu, como não melhorasse, dar entrada no Hospital.

Antecedentes pessoaes.—Cancro duro (?) em 1907. Bronchites amiudadas. Rheumatismo articular agudo ha dez annos.

Antecedentes hereditarios.—O pae morreu tuberculoso. A mãe é fraca. Tem quatro irmãos saudaveis. Teve cinco filhos que são saudaveis, e dois abortos. O marido morreu no Brazil.

Diagnostic. — Retroflexão com leve latero-flexão.

Foi operada em 27 de Novembro de 1915, tendo-se feito uma «hysteropexia directa».

O anesthesico empregado foi o chloroformio (vinte grammas).

Sahiu no dia 24 de Dezembro de 1915, com o utero na sua posição normal e não tendo já difficuldade em andar.

V

E. S., 21 annos, solteira, costureira.

TABELLA 942

ENF. N.º 9

Operador *Dr. Alberto Ribeiro*

Entrada — 1 de Novembro de 1915

Estado actual.—Dôr no perineo com sensação de peso. Dôr supra pubica. Corrimento branco esverdeado, manchando muito a roupa. Dificuldade em urinar, e necessidade de o fazer muito amiudadas vezes. Urinas muito turvas. Dôr na face posterior da coxa. Ruptura do perineo do segundo grau. Dyspeptica com symptomas de pequena hysteria. Fundo de sacco posterior occupado pelo fundo do utero. A mão abdominal não sente o fundo do utero.

Historia da doença.—Tendo tido um filho ha dois annos, levantou-se aos seis dias para acabar uma obra que precisava entregar. D'ahi começou a sentir dôres que ainda hoje tem.

Como o corrimento augmentasse sempre, e as dôres não cedessem, deram-lhe entrada.

Antecedentes pessoaes.—Febre typhoide aos quinze annos.

Antecedentes hereditarios.—Paes saudaveis. Tem seis irmãos saudaveis. O filho morreu com uma enterite aos oito mezes.

Diagnostic.—Retroflexão uterina com ruptura do perineo.

Foi operada em 16 de Dezembro de 1915, tendo-se feito uma «hesteropexia directa e perineorrhaphia depois de avivamento».

O anesthesico empregado foi o chloroformio (quinze grammas).

Sahi em 30 de Janeiro de 1916, curada.

VI

A. R. S., 23 annos, casada, serviçal.

TABELLA 1243

ENF. N.º 9

Operador *Dr. Alberto Ribeiro*

Entrada — 27 de Dezembro de 1915

Estado actual.—Útero volumoso occupando o fundo do sacco posterior. Dôr ao andar. Corrimento amarello, grosso, em grande quantidade. Fundo do sacco posterior occupado pelo fundo do utero.

Pollakiuria. Dysmenorrhœia typô uterino. Ralas de bronchite no pulmão direito.

Historia da doença.—Ha dois annos e meio começou a sentir durante os seus periodos menstruaes, leves dôres, que foram pouco a pouco augmentando.

Começou pela mesma occasião, a sentir uma certa fraqueza na perna esquerda, acompanhada de dôr.

Antecedentes pessoais. — Bronchites amiguadas. Pneumonia, em 1910.

Antecedentes hereditarios. — Pae fallecido no Brazil. Mãe saudavel. Dois irmãos saudaveis. Seis filhos muitos saudaveis.

Diagnostic. — Retroflexão uterina com endometrite.

Foi operada em 29 de janeiro de 1916 tendo-se feito uma «hysteropexia por suspensão dos ligamentos redondos.»

O anesthesico empregado foi o chloroformio (trinta e cinco grammas).

Sahi em 27 de Fevereiro de 1916, sem dôres, mas ainda com um pouco de corrimento.

Conclusões

1.^a De todos os desvios uterinos, os mais vulgares, são as retroflexões.

2.^a São estes os que maiores perturbações produzem na mulher.

3.^a Os processos uzados com maior exito são: a hysteropexia, a isthmopexia ou hysteropexia baixa e a ligamentopexia.

4.^a—É de grande vantagem a associação da ligamentopexia á hysteropexia baixa ou isthmopexia.

Bibliographia

Forgue — Précis de pathologie externe.

Ch. Monod et J. Vanverts — Traité de technique opératoire.

Samuel Pozzi — Gynecologie.

H. Hartmann — Gynecologie opératoire.

Brissaud, Pinard, Reclus — Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée.

J. L. Faure et Siredey — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

Archive d'obstétrique et de gynécologie.

Annales de gynécologie.

Proposições

Anatomia. — A disposição das bainhas synoviales dos flexores dos dedos da mão, mostram a gravidade dos ferimentos do pollegar e do dedo minimo.

Physiologia. — É nos carnivoros que as digestões se fazem mais rapidamente.

Pharmacologia. — O iodo e seus compostos, são os medicamentos mais uzados na pratica clinica.

Hygiene. — A reacção de Wassermann devia ser uma parte obrigada do exame medico das prostitutas.

Clinica cirurgica. — No tratamento da erysipela prefiro o emprego do acido picrico.

Clinica medica. — O enfaixamento nas pneumonias actua sobre quasi todos os symptomas.

Operações. — Nas operações por via vaginal não póde haver uma asepsia absoluta.

Obstetricia. — N'um caso de vomitos incoerciveis, devemos sempre vigiar a doente, para a tempo se fazer o esvaziamento do utero.

Medicina legal. — Ao examinar um cadaver é muito difficil, ou mesmo impossivel dizer com certeza ha quanto tempo se deu a morte.

Orthopedia. — No tratamento das fracturas da clavicula prefiro o methodo do Dr. Couteaud.

VISTO

Teixeira Bastos.

IMPRIMA-SE

Pinho.